N° 73
5.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉTRITE SÉNILE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 juillet 1908

PAR

MAURICE CLAUZEL

EXTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER (CONCOURS 1903)

Né à Valleraugue (Gard), le 16 août 1882

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou, 7

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale.....		HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✻).
Physique médicale.....		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (✻).
Chimie médicale.....		VILLE.
Physiologie.....		HEDON.
Histologie.....		VIALLETON.
Pathologie interne.....		DUCAMP.
Anatomie.....		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		ESTOR.
Microbiologie.....		RODET.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL.
Anatomie pathologique.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeuthique générales.....		RAUZIER.
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards		VIRES.
Pathologie externe.....		LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....		DE ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....		PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires..		JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		MOURET, agrégé libre.
Médecine opératoire.....		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé*
TÉDENAT, *professeur.*	GUÉRIN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse :

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon éternelle reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET AMIS

M. CLAUZEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A TOUS MES MAITRES

M. CLAUZEL.

AVANT-PROPOS

Au moment de nous éloigner de la Faculté de Médecine de Montpellier, qu'il nous soit permis de remercier ici publiquement les Maîtres qui nous ont prodigué leur enseignement et leurs conseils.

Notre reconnaissance ira plus spécialement à MM. les Professeurs Tédenat, Carrieu et Vallois et à M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, dans le service desquels nous avons accompli notre externat. Ils nous ont appris à observer et à aimer les malades et nous ont donné des conseils pleins de bonté et d'expérience.

Que M. le professeur de Rouville, qui nous a fait le double honneur de s'intéresser au sujet que nous traitons et d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici l'assurance de notre plus vive gratitude.

Nous ne saurions oublier MM. les professeurs agrégés Soubeiran et Gaussel ; leur amabilité a fait naître en nous une sincère reconnaissance.

Nous remercions enfin de la bonne grâce avec laquelle ils ont facilité notre tâche M. le docteur Jean Martin, chef de Clinique chirurgicale, qui sut durant nos études nous témoigner sa constante sympathie et nous confia ce travail ; et M. Eugène Gaujoux qui, aimable collaborateur, nous traduisit les publications de Dunning et de Croom.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉTRITE SÉNILE

INTRODUCTION

Alors que le nombre des travaux parus en France dans ces dernières années sur l'endométrite est considérable, on est frappé de ne trouver, cependant, dans cette riche littérature, que quelques lignes relatives à cette maladie après la ménopause

Rares sont, en effet, chez nous, les auteurs qui se sont occupés de la question. Becquerel (1859), dans son « Traité des maladies de l'utérus », semble être le premier qui ait essayé de donner une explication pathogénique de cette affection. Il nous faut arriver ensuite à l'année 1895 pour voir le docteur G. Maurange reprendre l'étude de la métrite sénile et inspirer la thèse de Richard (Paris, 1896). Et tandis que ces deux auteurs étudiaient principalement la métrite sénile à forme puruleute, Dupuy (Th. Bordeaux, 1897) donnait peu de temps après un travail sur la forme hémorragique.

Nous ne trouvons depuis lors dans notre littérature que quelques courtes monographies et quelques communications

parmi lesquelles celle de notre maître M. le professeur de Rouville, faite à la Société des sciences médicales de Montpellier (1907). Quant à nos traités français de gynécologie, ils ne consacrent que quelques mots à cette intéressante maladie.

A l'étranger, au contraire, elle est, en ce moment, l'objet de patientes études et de nombreuses publications.

C'est pourquoi, sur les conseils de notre excellent ami M. le docteur Jean Martin, nous avons cru bon de faire de la métrite sénile le sujet de notre thèse inaugurale. Et si nous ne pouvons apporter ici beaucoup d'idées neuves, nous ferons du moins connaître ce que pensent de la métrite postménopausique, l'anglais Croom, l'américain Dunning et l'allemand Ludewig dont les travaux sont assez récents.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer les publications de Maxwell et de Bröse.

Pour la clarté et la facilité de l'exposition, nous avons divisé notre thèse en sept chapitres. Après avoir consacré quelques lignes à l'historique, nous étudierons successivement la symptomatologie, l'anatomie pathologique, l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la métrite sénile.

Enfin, nous donnerons en dernier lieu nos conclusions et bien qu'arrivant à admettre que la métrite des vieilles femmes est une entité clinique, il ne résultera pas moins de cette étude que son diagnostic est très difficile, particulièrement avec le cancer utérin.

L'importance de l'exactitude du diagnostic (puisque l'erreur peut avoir les plus funestes conséquences) justifierait notre travail, s'il pouvait participer à rendre ce diagnostic plus sûr.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le chirurgien anglais Ashwel, en 1837, paraît être le premier qui dans une revue médicale (Guy Hôp. Rep., London, 1837, p. 242), ait attiré l'attention des cliniciens sur la métrite sénile en publiant le cas d'une femme de 60 ans qui présentait des pertes utérines abondantes de pus fétide. A l'autopsie de la malade, il remarqua que la cavité de l'utérus était dilatée au point de contenir 320 grammes de pus environ.

Mais la relation de ce cas passa presque inaperçue et nous devons arriver à Becquerel (1859) pour avoir la première interprétation clinique et pathogénique de faits semblables. Dans son « Traité des maladies de l'utérus », Becquerel décrit sous le nom d'« Hydrométrie par accumulation de mucosités dans l'utérus » une affection, spéciale à la femme âgée et non réglée, caractérisée par des accumulations de muco-pus dans la cavité utérine et des évacuations intermittentes de ces sécrétions. L'affection serait quelquefois assez peu douloureuse pour ne se révéler souvent qu'à la nécropsie. Pour expliquer, la pathogénie de l'affection, Becquerel invoque « un obstacle » diposé à amener l'oblitération permanente ou temporaire » de l'orifice utérin ». Quant à la nature des obstacles, elle

serait des plus variables. Ce serait tantôt une flexion exagérée de l'utérus, tantôt une obstruction du col par une tumeur intra ou extra-utérine, tantôt la rétraction des parois due à l'atrophie sénile.

Matthews Duncan, en 1879, publie une nouvelle observation. Il s'agissait d'une femme stérile âgée de 60 ans qui, 3 ans avant sa mort, commença à souffrir et à présenter des pertes utérines tantôt claires, tantôt purulentes ou sanguino-purulentes. On pensa à une tumeur maligne ulcérée. La malade ayant succombé à la septicémie, l'autopsie et l'examen microscopique démontrèrent qu'on se trouvait en présence d'une métrite sénile.

A son tour Tolochinoff, en 1882, décrit une forme de métrite apparaissant après la ménopause et caractérisée par l'évacuation périodique de pus accumulé dans l'utérus. Cet auteur donne lui aussi comme cause de l'affection un obstacle au cours des sécrétions normales ; pour lui, « la pénétration » de l'air dans la cavité utérine, par l'orifice ouvert, déterminerait l'altération de la sécrétion et sa transformation en » un liquide séro-purulent ».

Nous citerons en outre les cas de Barnes (1886), celui d'Horrocks (1887). Dans ce dernier, il s'agissait d'une femme de 53 ans qui présentait de fortes hémorragies utérines et un écoulement infect survenus après la ménopause. Elle fut l'objet d'une erreur de diagnostic, l'autopsie ayant démontré la non existence d'une tumeur maligne à laquelle on avait songé.

La même année, Galabin observe un cas à peu près semblable et commet la même erreur de diagnostic. Hermann, en 1891, publie un nouveau cas de métrite purulente sénile. C'est alors que Levrat rapporte 3 cas de métrite sénile à forme hémorragique. Cet auteur établit une relation étroite entre la métrite hémorragique sénile et les affections cardia-

ques dont ses malades portaient les traces. Il se demande si l'écoulement sanguin n'est « qu'un épiphénomène favorisé par » l'affection cardiaque chez une malade déjà atteinte d'une » métrite devenue putride par rétention et manque de soins, » ou bien si le cœur a joué le rôle principal ». Et l'auteur est tenté d'attribuer les lésions utérines à l'affection cardiaque.

Fritsch, en 1893, recherche la pathogénie de la métrite des vieilles femmes. Il l'explique par la fermeture de l'orifice utérin, fréquente dans l'utérus sénile, qui amènerait la rétention des produits sécrétés dans la cavité utérine. Cette rétention amènerait à son tour la dilatation de cette cavité et des modifications de l'endomètre, auxquelles répondraient bientôt des modifications dans la nature des sécrétions. Les glandes s'atrophieraient, disparaîtraient et « le mucus normal » serait remplacé par une véritable sécrétion pathologique » de pus, renfermant des cellules desquamées » (Thèse Richard).

Puis Massé, au Congrès de Gynécologie de Bordeaux (1895), ayant en vue surtout la forme hémorragique, dit qu'il faut rattacher les hémorragies qu'on voit survenir chez les femmes âgées à une altération sénile de la muqueuse et du tissu utérin.

Enfin paraît, en 1895, l'important article du docteur G. Maurange qui fait une revue très complète de la question et qui inspire l'année suivante la thèse de Richard (Paris, 1896). De son côté, Hermann Ludewig (Th. Berlin, 1897) publie 11 cas de métrite postménopausique, et à la même époque Dupuy, à Bordeaux, prend comme sujet de sa thèse de doctorat : « La métrite hémorragique de la ménopause et de la vieillesse ».

Depuis ont paru les articles de Croom (1898), de Dunning (1900), de Bröse (1906).

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Voici, d'après les auteurs français et étrangers, le tableau clinique que présente la métrite sénile.

La malade qui en est atteinte, voit apparaître brusquement, après la ménaupose, un écoulement le plus souvent fétide venant de l'utérus. Si elle tarde à consulter un chirurgien, l'état général devient mauvais, l'anorexie apparaît, la patiente s'émacie, maigrit, sont teint devient jaune paille; et à première vue elle donne l'impression d'une femme atteinte de maladie maligne.

Pour approfondir l'étude de la symptomatologie de la métrite sénile, il nous a paru bon de revenir sur chaque symptôme en particulier et de diviser les symptômes en symptômes locaux et symptômes généraux.

1° *Symptômes locaux.* — Les symptômes locaux sont pour le diagnostic les plus importants, parce qu'ils nous renseignent le mieux sur l'état de l'utérus et nous avertissent des modifications qui s'y passent.

a) Les *Signes fonctionnels* sont l'écoulement et la douleur.

Le symptôme le plus marqué est, sans contredit, l'*écoule-*

ment qui provient de l'utérus et qui est le plus souvent fétide. Il apparaît à une époque très variable après la cessation des règles. Son abondance varie, puisque certaines femmes ont à peine quelques pertes légères tandis que chez d'autres il se manifeste sous forme de jaillissement de pus sanieux. Cet écoulement peut être continu ou intermittent. Quant à sa nature, les observations nous apprennent qu'elle est variable. Chez certaines femmes il est franchement *hémorragique*, et à l'appui nous citerons une observation de Croom.

Observation Première

Croom. — Senile uterine catarrh.— Edinburg, M. J., 1898, n. s. 3, 347-350.

Malade qui 3 ans après la ménopause a une hémorragie brusque et profuse, cette hémorragie n'est suivie d'aucune douleur. Les lèvres du col de l'utérus sont entr'ouvertes et molles. L'utérus est augmenté jusqu'à 3 pouces et demi (7 cent. 5). L'hémorragie continua par intervalles de 2 ou 3 jours pendant 3 semaines. La femme était très émaciée et semblait avoir une très faible santé. La difficulté était ici, je l'avoue, considérable. En vue d'être sûr du diagnostic je dilatai le col et ne trouvant aucune proéminence marquée dans la cavité utérine, je raclai la muqueuse, appliquai un caustique et drainai avec gaze iodoformée. La malade n'a eu aucune réapparition de ces symptômes depuis 5 ans. La patiente avait donc certains symptômes de cancer mais n'en trouvant aucune preuve concluante à l'examen, elle fut traitée comme nous l'avons dit et va bien.

Chez d'autres femmes, l'écoulement est plus pâle, jaunâtre, légèrement teinté de sang, comme l'atteste l'observation suivante :

Observation II

Croom. *Ibidem.*

Une femme de 65 ans se plaignait d'écoulement leucorrhéique, profus, mêlé parfois de sang et suivi occasionnellement de caillots menus. Elle avait des douleurs lombaires marquées et parfois des douleurs pelviennes. L'utérus est augmenté, il avait environ 3 pouces et demi, il était dur et globuleux. Dans ce cas le diagnostic était de nouveau difficile. Après dilatation du col et curettage de la cavité suivi de pansements la malade n'eut plus de douleurs ; depuis 6 ans elle est tout à fait bien.

Je mentionne le laps de temps pour prouver simplement qu'il n'y avait aucune tendance à la malignité.

Enfin l'écoulement peut être franchement *purulent*, comme nous le voyons dans une dernière observation de Croom.

Observation III

Croom. *Ibidem.*

Malade âgée de 70 ans. Elle se plaignait d'un écoulement fétide muco-purulent avec une douleur constante dans la région lombaire et des attaques occasionnelles et irrégulières de coliques dans la région pelvienne. Il n'y avait pas d'hémorragie. Elle était pâle, jaune, émaciée. L'utérus avait environ 2 pouces et demi, rétroversé. Le symptôme le plus gênant était l'écoulement fétide, qui l'avait amenée à ma consultation. Cet état durait depuis 18 mois. Le diagnostic était hésitant entre un cancer du corps utérin et un simple

catarrhe. On lui passa une sonde, injections chaudes, arsenic. Grâce à ce traitement, la guérison fut obtenue en 3 mois. Survie : 10 ans.

Dans son article sur le catarrhe utérin sénile, l'auteur anglais se base sur ces 3 observations, qu'il a choisies au milieu de beaucoup d'autres pour faire une classification clinique des métrites séniles. Avec lui nous en distinguerons trois formes.

1° Celle que caractérise un écoulement fétide muco-purulent, sans hémorragie, que nous appellerons la *forme purulente* (Obs. III) ;

2° Celle dans laquelle l'hémorragie est le principal sinon l'unique symptôme (Obs. I). Nous l'appellerons : la *forme hémorragique*;

3° Enfin une *forme mixte* qui présente une association d'écoulements leucorrhéique et hémorragique.

L'écoulement dont nous avons étudié le principal caractère: la composition, peut en présenter un second, moins important il est vrai, c'est l'odeur. Elle est de règle, mais peut manquer ; dans certains cas elle serait d'une fétidité extrême.

Dans la majorité des cas, la malade accuse à côté de l'écoulement dont nous venons de parler des *douleurs* à localisation lombaire ou pelvienne. Ces douleurs ne seraient pas très intenses, mais généralement sourdes et avec des exacerbations passagères. Elles seraient plus vives dans les cas où l'évacuation du pus se fait par véritables débâcles, et dans ce cas prendraient pour Scanzoni le caractère de coliques utérines. En outre, il y aurait quelquefois de la sensibilité vésicale et plus ou moins de souffrances à la défécation.

b) *Signes physiques*. — A l'inspection, on constate des traces de sang ou de liquide sanguino-purulent sur les linges et les organes génitaux externes de la malade.

Au palper, on trouve quelquefois de la sensibilité exagérée dans la région hypogastrique. Le toucher permet de constater dans quelques cas que les parois vaginales sont plus souples, plus chaudes qu'à l'état normal ; on a même trouvé dans le vagin des brides, des cloisonnements, indices de vaginite (Obs. VI, Patru, etc.). Quant au col utérin, quelquefois il est diminué de longueur et de volume, ou il est volumineux et non rénitent. Son orifice a une forme variable, punctiforme ou allongé transversalement et permettant alors l'introduction du doigt. D'ordinaire il est sain, présente un léger ectropion et dans quelques cas de petits polypes ou des œufs de Naboth.

Le corps utérin est habituellement *augmenté de volume* et *mobile,* mais il peut être atrophié dans son ensemble, comme nous l'avons trouvé dans une observation de Ludewig.

Observation IV

Hermann Ludewig, Th. Berlin, 1897. Obs. I.

Veuve, 78 ans. Entrée à l'hôpital le 12 août 1891.

Pas d'enfants, pas d'avortements.

Réglée à 20 ans, irrégulièrement ; le plus souvent toutes les 4 semaines. Durée 3 à 4 jours. Ménopause à 40 ans. La patiente n'a jamais eu de maladie à l'exception d'une pneunomie à l'âge de 20 ans.

Elle s'est aperçue depuis 4 mois qu'elle perdait par ses voies génitales un écoulement de coloration sanguine ; l'hémorragie durait jusqu'au jour de la rentrée.

Etat actuel. — Femme décrépie, amaigrie. Abdomen météorisé. Téguments abdominaux tendus. Tympanisme. Vagin très étroit, laissant à peine passer le doigt, court, atrophié. Orifice du col étroit. Utérus petit, rétroversé ; au spéculum on n'aperçoit aucune

altération. De l'utérus petit on ne peut rien tirer avec pince tire-balles. On réussit avec la curette à détacher quelques petits fragments de tissu en vue d'un examen microscopique.

Le 1er septembre 1891 elle sort guérie.

Le traitement local consista dans le curettage avec cautérisation à la teinture d'iode.

L'hystérométrie rendue impossible parfois par les brides que l'on peut rencontrer au niveau des orifices externes ou internes du col nous apprend, quand elle est praticable, que la cavité utérine est presque toujours agrandie. En retirant l'instrument on ramène parfois un liquide purulent, sanguino-purulent ou franchement hémorragique, le plus souvent fétide.

Quant aux annexes, on peut les trouver malades, comme l'a relaté Dunning dans deux observations. Mais c'est là l'exception. D'ailleurs, ces deux cas ne sont pas démonstratifs, Dunning reconnaissant que les utérus en question, atteints de métrite sénile, étaient le siège d'une inflammation chronique préexistante.

2° *Symptômes généraux.* — Dans la majorité des cas, l'état général est notablement atteint ; la malade est émaciée, son visage prend une teinte jaune terreuse, les traits sont tirés, les yeux cernés. L'amaigrissement parfois considérable est dû soit aux hémorragies, soit aux troubles gastriques : anorexie, vomissements, constipation alternant avec des crises diarrhéiques. Pour certains auteurs, cet amaigrissement serait le fait de la résorption des produits septiques, putrides, contenus dans la cavité utérine.

Cet état cachectique et la peur qu'ont ces malades d'avoir une maladie maligne influence malheureusement leur système nerveux. Elles deviennent hypocondriaques, neuras-

théniques ; ce qui nécessite parfois, après la guérison de leur métrite, leur entrée dans une maison de santé. C'est ce qui survint à une malade dont l'observation est rapportée dans la thèse de Ludewig, et que nous reproduisons :

Observation V

Empruntée à la thèse de Ludewig, Berlin, 1897, Obs. IV.

Blanchisseuse, 53 ans. Entrée à l'hôpital le 25 juillet 1891. Réglée régulièrement jusqu'en 1887. Dans le courant de cette année, fortes hémorragies durant longtemps. Elle fut curettée et resta ensuite 3 ans sans nouvelles pertes.

Depuis 4 jours, nouvelles hémorragies.

Etat. — Femme vigoureuse, dans un bon état de nutrition. On ne peut rien palper à travers la paroi abdominale. Le col est conique, son orifice très étroit. Utérus à gauche et en arrière, fixé. Des deux côtés vagues résistances.

Le curettage retire un demi-cuiller de tissu muqueux. Ces fragments montrent à l'examen microscopique des glandes dilatées et multipliées qui, à certains endroits, ont leur lumière comprimée ; mais leur épithélium est normal. On ne trouve nulle part d'endroits caractéristiques de carcinome ou de sarcome.

Le 10 août, la malade est transférée dans une station pour maladies nerveuses.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les métrites séniles étant relativement bénignes, puisqu'elles causent rarement la mort, ont leur anatomie pathologique encore imparfaite. Et ce, parce qu'elle ne s'appuie que sur quelques rares décès et quelques cas où l'hystérectomie fut pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic.

Mais avant d'entreprendre l'étude de l'anatomie de l'utérus sénile malade et pour mieux comprendre sa pathologie, il nous a paru logique de dire quelques mots de l'utérus sénile sain.

De l'utérus sénile. — A l'inspection d'un utérus sénile sain, on est frappé tout d'abord de son atrophie plus ou moins marquée.

Très souvent, l'on constate l'oblitération de la cavité utérine au niveau de l'orifice interne. De même, l'orifice externe du col peut être fermé ou rétréci ; la cavité du corps se transforme alors en une poche qui contient parfois une petite quantité de liquide sécrété par les glandes de la muqueuse.

La surface de l'endomètre est le plus souvent lisse, parsemée dans certains cas de petites vésicules transparentes, sorte

de transformation kystique de la muqueuse. A signaler, pour terminer, la présence dans quelques cas de polypes muqueux insérés sur le fond ou la paroi interne de l'organe.

L'examen microscopique décèle une sclérose diffuse du parenchyme qui paraît être la cause de l'atrophie de l'organe. On constate la formation de fibres conjonctives dans l'épaisseur de faisceaux musculaires et ce tissu fibreux finit par étouffer les éléments musculaires lisses de l'utérus et par les remplacer.

Toutefois, l'atrophie musculaire ne paraît pas être étroitement liée au degré des lésions vasculaires, bien que les vaisseaux de la paroi utérine soient presque toujours altérés dans la vieillesse. Ces vaisseaux sont atteints d'endomésartérite et d'endartérite oblitérante. Quelquefois, même, l'on constate leur calcification, calcification pouvant amener la rupture des petits vaisseaux qui en sont atteints et expliquant les hématomes rencontrés dans divers points de la paroi utérine.

Quant à la muqueuse, elle est aussi fort transformée. Son épaisseur est diminuée. Les cellules de l'endomètre ont perdu leur forme normale, elles sont atrophiées, cubiques et ont perdu leurs cils vibratifs. L'épithélium de revêtement a même complètement disparu en certains points.

Le chorion muqueux s'hyperplasie, il est riche en fibres conjonctives et contient surtout des cellules fusiformes. Les glandes sont dans la plupart des cas privées de leur canal excréteur et leur épithélium privé de cils.

Ce processus scléreux ne tarde pas à aboutir à l'atrophie de la muqueuse.

Anatomie pathologique de l'utérus atteint de métrite sénile. — Si nous examinons des utérus atteints de métrite sénile, nous voyons qu'en règle générale ils sont toujours plus volu-

mineux que les utérus normaux post-ménopausiques ; Hermann, dans une observation publiée dans Trans, obs. Soc., London, 1890, p. 196, rapporte le cas d'un utérus dont la cavité mesurait trois pouces. Cette augmentation de volume est due en partie à l'épaississement des parois, en partie à la dilatation de la cavité intra-utérine.

L'utérus peut être en position normale, mais il est fréquemment rétroversé, quelquefois en antéversion, et même prolabé.

L'inflammation peut, au début, être limitée au col, mais le plus souvent elle se propage rapidement à toute la muqueuse. La muqueuse de la portion vaginale du col, voisine de l'orifice externe, a une teinte purpurine ; parfois elle est ponctuée ici et là par de petites ulcérations déprimées. Certains points sont sensibles au toucher et aisément saignants.

L'orifice externe est entr'ouvert et peut laisser entrevoir de petits polypes muqueux. Le canal cervical est généralement court, il peut être ouvert ou rétréci. Dunning croit qu'il est le plus souvent béant, il ajoute qu'il n'a jamais eu de difficulté à passer la sonde utérine dans la cavité du corps utérin.

Cette cavité utérine renferme habituellement du liquide en rétention. Celui-ci est ordinairement sanguino-purulent et fétide. Dunning déclare avoir cherché assez longtemps à s'expliquer la rétention du liquide, alors que la sonde passait très aisément et que l'utérus était même en position normale et il pense avoir trouvé la solution du problème : « Dans tous » les cas de rétention, dit-il, le liquide était épais et mucilagi- » neux et dans certains cas contenait de petits cailloux. Ceux- » ci arrêtaient l'écoulement et fermaient parfois l'ouverture » exactement, comme nous trouvons quelquefois l'incision ou » l'ouverture d'une cavité partiellement remplie de pus, » agglutinées ; quoique cette incision ou cette ouverture

» soient assez larges pour permettre aisément le passage d'un » doigt. En outre, le drainage de la cavité utérine normale » est effectué non pas seulement par l'influence de la pesan- » teur, mais cette pesanteur est aidée par les mouvements » ciliaires et les contractions utérines rythmiques. Dans l'uté- » rus sénile, les cils ont disparu comme aussi ont disparu » les contractions rythmiques ». (Dunning, Méd. Record. Octobre 1900. Am. 7 obst., N.-Y., 1900).

A ces lésions utérines, constatables à l'œil nu, nous devons ajouter certaines lésions que l'on rencontre du côté du vagin ; la muqueuse du vagin est quelquefois hypérémiée, granuleuse, chaude, indiquant de la vaginite aiguë. Dans d'autres cas, la cavité vaginale est diminuée, on a peine à introduire le doigt, ses parois sont réunies par des brides, indices de vaginite ancienne, chronique.

La vaginite est souvent primitive, amenant dans la suite de l'inflammation utérine. Mais quelquefois aussi, d'apres quelques auteurs, elle serait secondaire et occasionnée par les pertes utérines qui seraient fort irritantes.

Enfin, dans deux cas, Dunning aurait observé des annexes malades. Ces observations ont été publiées dans le J. Am. M. Ass. Chicago, 1900, XXXV, p. 1127-1130. Nous n'avons pu nous les procurer, mais nous avons trouvé dans *The American Journal of Obstetrics*, vol. XLII, 1900, p. 648-653, le compte rendu de ces observations et les conclusions qu'en tirait le chirurgien yankee.

Voici ce compte rendu : « Dunning donne l'histoire détail- » lée de deux cas sur lesquels on fit l'hystérectomie et il » présente l'examen histologique des deux cas. Il s'agissait » de femmes de 63 ans, ménopause bien des années auparavant. Histoire clinique identique dans les deux cas dans » ses principaux traits.

» Bon état général jusqu'à environ trois mois avant l'exa-

» men de l'une et un mois avant celui de l'autre. Il n'y avait » eu aucun écoulement utérin auparavant. A ce moment, » l'écoulement était décrit comme léger et irritant ; bientôt » il devint sanguinolent et plus fort. La douleur apparut » dans la région pelvienne. Lassitude générale et aggrava- » tion rapide de leur état général. Il y avait des douleurs » lombaires, des irradiations et quelques troubles vésicaux. » La peau était sèche et jaunâtre, plus particulièrement » encore chez la malade dont la maladie était la plus » ancienne. Son aspect suggérait une tumeur maligne.

» Dans un cas l'utérus était rétroversé, dans l'autre il » était en position normale. Une trompe et un ovaire mala- » des pouvaient être palpés dans l'un des cas, dans l'autre » l'ovaire, seul malade, était kystique.

» L'orifice externe du col était ouvert et l'interne permet- » tait le passage facile d'une sonde utérine. Il y avait vagi- » nite sénile dans les deux cas. Les deux cavités utérines étaient » distendues par un liquide fétide et sanguino-purulent ».

Suivent les conclusions de Dunning parmi lesquelles nous relevons les lignes suivantes : « Dans un cas, l'inflammation » aiguë semble s'être développée sur une inflammation chro- » nique précédente. Dans l'autre, la crise aiguë semble avoir » été une augmentation subite d'une inflammation chro- » nique ».

Et bien qu'ailleurs Dunning soit d'avis que l'inflammation dans la métrite sénile a une tendance à se propager au delà des limites de l'endométrium vers les tubes de Fallope ; bien qu'il trouve une preuve de cette hypothèse dans l'infiltration par les cellules rondes de la couche musculaire et aussi dans la dégénérescence des tuniques vasculaires dans les trompes; bien qu'il croie avoir suivi l'inflammation depuis les tissus limitant la cavité utérine jusqu'aux trompes et même au delà, nous pensons que ces observations, très intéressantes, ne

sont pas assez démonstratives pour en conclure que cette infection des annexes est due à la métrite sénile constatée. Il est aussi vrai d'admettre que l'inflammation utérine chronique relevée par Dunning et qui avait précédé la métrite aiguë sénile a été la cause de cette annexite.

Les lésions de la métrite sénile, constatées au *microscope*, sont ordinairement les mêmes que celles de l'endométrite chronique catharrale : endométrium épaissi avec une surface libre dépourvue de sa couche épithéliale, infiltration de petites cellules rondes, éléments glandulaires diminués (Dunning) ; pour quelques auteurs, hypertrophie glandulaire (Ludewig). Dans l'examen microscopique des deux cas de Dunning, le docteur Ritter qui en avait été chargé constata que tandis que quelques glandes pouvaient être vues distinctement, la plupart avaient un épithélium qui se desquamait ; leur lumière était obstruée par les débris glandulaires. Elles apparaissaient donc comme des glandes sans fonction. Le docteur Ritter appelait spécialement l'attention de Dunning sur la distribution des petits vaisseaux sanguins de l'endomètre. Dans son analyse il disait : « Les petits vaisseaux sanguins par lesquels l'endo-
» mètre est abondamment approvisionné se jettent souvent
» et semblent se terminer sur cette surface. Je crois que
» l'hémorragie qui provient évidemment de la muqueuse est
» due à l'érosion de ces petits vaisseaux sanguins qui se ter-
» minent en culs-de-sac à la surface de la muqueuse. Il y a
» hémorragie directe plutôt que diapédèse ».

Dans la couche musculaire de l'utérus, il y a dégénérescence des tuniques musculaires et parfois ce processus dégénératif est nettement hyalin. La prolifération du tissu conjonctif se rencontrerait très rarement.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La métrite sénile est une affection rare. Nous basons notre opinion sur le peu d'observations de cette maladie que possède la littérature médicale. D'ailleurs, Ludewig ayant recherché la fréquence de la métrite des femmes âgées, consulta 4.400 observations de la Clinique gynécologique du professeur Gusserow, à Berlin ; c'est dire qu'il passa en revue les observations de toutes les malades qui, dans l'espace de 8 ans (de 1889 à 1897), avaient fait un séjour à cette clinique. Et sur ce nombre considérable de maladies diverses, il ne trouva que 11 cas de métrite nettement postménopausique.

La métrite sénile apparaît à une époque indéterminée, variant de quelques mois seulement à des années après la cessation des règles. Et, si certains cas d'endométrite des vieilles femmes ont leurs origines dans une inflammation de l'endomètre antérieure à la ménopause, il est évident qu'il y a des endométrites apparaissant pour la première fois plusieurs années après la ménopause. Les causes du traumatisme ou de l'infection sont nombreuses et identiques à celles qui surgissent chez un sujet plus jeune, en omettant toute-

fois celles qui proviendraient de la grossesse et de la menstruation.

Cause déterminante. — Il semble que l'on doive admettre sans discussion le rôle des agents pathogènes agissant comme cause déterminante de cette affection. Et cependant la nature infectieuse de la métrite sénile a été soupçonnée, plutôt démontrée, par la bactériologie. Est-ce une raison pour nier l'infection? Avec Gottschalk et Immelwahr (Archiv. f. Gynäk, IIft. 3, 1896), nous pensons que si l'on ne retrouve pas dans l'utérus l'élément pathogène, ce dernier n'en a pas moins existé. Le microbe a créé la lésion, a disparu ; la lésion a évolué de même que dans certains abcès on voit le pus stérile.

D'ailleurs la clinique vient à notre aide et nous fait pencher en faveur de la nature infectieuse de ces métrites. L'observation de Patru semble mettre en cause le bacille de Koch :

Observation VI

Patru (Revue médicale de la Suisse Romande, 28 mai 1893)

Mme Jeanne J..., âgée de 63 ans. A eu 12 enfants, le cadet a 22 ans actuellement. Quelques pertes blanches depuis la ménopause. Bonne santé habituelle. En janvier 1890, à la suite d'une forme bronchitique d'influenza, Mme J... a vu ses pertes blanches augmenter, a ressenti des maux de ventre et de reins, a maigri et s'est mise à tousser. Son état empirant chaque mois, elle passe quelques semaines dans un hôpital privé sans y trouver d'amélioration. Puis son ventre lui paraissant grossir, la miction étant douloureuse et les pertes abondantes, elle se présente à la consultation de la Maternité le 2 août 1890. On constate entre les parois du vagin des

adhérences multiples et faibles que l'on détruit avec le doigt. L'utérus est en rétroversion sensible à la pression.

5 août. — La cavité utérine mesure au catether 8 centimètres; il en suinte du pus que l'on retire en notable quantité en l'aspirant avec une seringue de Braün. Injection intra-utérine de teinture d'iode.

8 août. — La vaginite est améliorée, mais le pus s'est reformé dans l'utérus. Léger mouvement fébrile le soir.

13 août. — Anesthésie générale. On dilate le col, il s'écoule de 20 à 30 centimètres cubes de pus épais et fétide. Curettage. Badigeonnage de la cavité à l'acide phénique concentré. Les jours suivants, on injecte de l'eau phéniquée à 5 p. 100 dans l'utérus.

Le pus devient de plus en plus rare et séreux. Mme J... quitte la Maternité le 30 août 1890. Elle est guérie de son endométrite purulente, mais souffre d'une bronchite suspecte.

Deux ans plus tard, elle vient mourir à l'hôpital, de tuberculose pulmonaire, sans avoir présenté de nouveaux symptômes du côté du système génito-urinaire. Le procès-verbal de l'autopsie contient la note : « organes génitaux normaux ».

L'observation de Maillard semble accuser le streptocoque.

Observation VII

Maillard, cité par Patru.

Mme Jeanne V..., 72 ans. Entrée le 17 septembre 1892. Elle a eu 10 enfants et ses accouchements ont été faciles. Présenta, durant sa vie, des symptômes d'insuffisance tricuspide, de bronchite chronique et de néphrite chronique.

Cette malade mourut d'un érysipèle en l'absence de tout autre cas à l'hôpital. A l'autopsie, on découvrit une endométrite purulente et hémorragique dont la malade ne s'était pas plaint durant son existence.

Enfin, dans les observations de Maurange et de Ludewig qui vont suivre, le gonocoque paraît être le microbe cause déterminante de la métrite.

Observation VIII

Docteur Maurange, Gazette hebd., 1895.

Une malade âgée de 68 ans, diabétique, aortique, albuminurique, se plaint tout à coup d'une leucorrhée abondante dont elle a commencé à souffrir il y a trois semaines environ. Malgré la gravité de son état, comme elle dit éprouver une vive douleur en urinant, nous procédons à son examen :

Col gros, congestionné, laissant écouler du pus par le museau de tanche. Vagin très enflammé. Nous étions très perplexe lorsque le mari, homme de 60 ans, vint nous avouer qu'il avait contracté depuis 6 mois, hors du lit conjugal, une blennorragie réduite en ce moment à une goutte militaire tenace.

Désormais la pathogénie se trouvait éclairée d'un jour singulier. Malheureusement, l'aggravation de l'état ne permit pas de contrôler par l'examen bactériologique la justesse d'une hypothèse à laquelle les commémoratifs semblaient donner quelque créance.

Observation IX

Ludewig, Th. Berlin, 1897. Obs. XI.

Ouvrière, 49 ans. Entrée le 16 février 1895 à l'hôpital. 3 accouchements (1865-72). 3 avortements, le dernier il y a 14 ans. Réglée à 14 ans, régulièrement, sans douleurs, jusqu'en juin 1891.

De là jusqu'au milieu décembre 1894, les règles ont manqué. Pendant ce temps bonne santé.

Fin décembre 1894, elle eut une forte hémorragie à la suite de laquelle elle se trouva fort affaiblie.

Depuis le 19 janvier 1895 elle a journellement des hémorragies à la suite desquelles elle est si affaiblie qu'elle ne peut plus travailler. Pas de douleurs.

Etat actuel. — Taille moyenne, vigoureuse, bonne musculature et légèrement grasse. Très anémiée. Rien de particulier au cœur ni au poumon.

Elle nie toute maladie sérieuse. Abdomen souple, dépressible, non douloureux à la pression.

Urine : albumine, leucocytes et cellules épithéliales, pas de cylindres. *Catarrhe vésical.*

Col fongiforme, pas d'ulcérations ; l'utérus agrandi, rétroversé, ne paraît pas mobile. Cavum 7 centimètres.

A l'examen microscopique de la muqueuse curettée : endométrite glandulaire avec fortes hémorragies dans tissu et glandes.

Dans les autres cas il s'agit, probablement d'infections dues à des saprophytes vivants dans le vagin et devenus virulents sous l'influence de certaines causes prédisposantes.

Or, la clinique n'est pas seule à nous renseigner sur la nature infectieuse de beaucoup de métrites séniles ; l'anatomie pathologique, comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, semble à son tour affirmer la fréquence de l'infection dans cette affection : vascularisation augmentée, infiltration de petites cellules rondes, etc.

Causes prédisposantes. — Les causes prédisposantes peuvent être :

1° *Des causes anatomiques.* — *a*) Le prolapsus, la rétroversion qui sont très fréquents chez la femme âgée et particulièrement chez celles qui ont eu de nombreux accouchements ;

b) L'étroitesse des orifices qui, gênant l'évacuation des sécrétions, favorise la stagnation dans l'utérus de matières facilement fermentescibles et l'exaltation de virulence des microbes en cavité close. Enfin l'épithélium de la muqueuse utérine qui a perdu ses cils vibratils favorise aussi la stagnation.

2° *Des causes pathologiques.* — Elles comprennent tous les états morbides capables d'amener une congestion active ou passive. Dans la première catégorie sont les traumatismes directs : coups sur l'abdomen, pessaires mal placés ou négligés, comme le signale une observation de Dalché que nous publions :

Observation X

(Résumée)

Dalché, Bull. gén. de Thérap., Paris, 1901.

Femme de 76 ans, entrée à l'infirmerie de l'hospice Debrousse en juin 1900 pour leucorrhée extrêmement fétide. Le début des pertes remontait à 5 mois. Cette leucorrhée épaisse, jaunâtre, qui paraissait sortir par jets intermittents, restait quelquefois un jour sans se manifester.

La malade, dont la ménopause s'était établie à l'âge de 48 ans, était affectée depuis l'âge de 22 ans d'un prolapsus utérin pour lequel elle portait un hystérophore. A l'examen on trouvait utérus abaissé, mobile, en légère rétroflexion. Pas d'ulcération sur le col ni muqueuse intracervicale.

Introduction d'une sonde n° 12 dans la cavité utérine, il en sort aussitôt un jet de pus d'une fétidité horrible. Les jours suivants lavages intra-utérins après dilatation. Les pertes cessèrent bientôt.

Dalché est d'avis que cette femme négligeant des soins de propreté journaliers, ayant un pessaire plein en caoutchouc en contact

perpétuel avec le col et l'orifice a subi une infection passagère exogène.

Dans la deuxième catégorie sont la constipation chronique, les cardiopathies. Car il ne faut pas, avec Levrat, admettre entre les cardiopathies et les métrites séniles à forme hémorragique un rapport de cause à effet et assigner à la stase veineuse un rôle prépondérant dans la production des lésions. Tout au plus la congestion utérine amenée par la cardiopathie joue le rôle de cause aggravante. Bien qu'assignant à la cardiopathie un rôle moins important, dans l'étiologie de la métrite sénile, que ne le faisait Levrat, nous donnons ses observations qui sont très intéressantes.

Observation XI

Levrat, Prov. Médic., 1891

Malade de 62 ans, venue consulter pour une affection caractérisée, disait-elle, par des hémorragies utérines. Il s'agissait, en réalité, d'une sorte de suintement sanguin permanent et fétide. L'examen, tant au toucher qu'au spéculum, ne révéla ni épithélioma, ni fibrome; l'utérus était en place, petit, mobile. Mais le vagin était étroit, comme cloisonné de brides friables de consistance fibrineuse que la simple introduction du doigt déchirait sans peine.

Le col était petit, sans dureté, sans saillies; l'utérus paraissait plutôt atrophié. Cependant, la malade avait un teint blafard, presque cachectique; les lèvres, au lieu d'être pâles, étaient cyanosées.

L'écoulement sanguin avait une odeur d'épithélioma et se sentait à distance. L'auscultation du cœur fit découvrir une insuffisance mitrale.

La malade fut d'abord mise au repos, au régime lacté et à de faibles doses de digitale. L'écoulement persista, mais beaucoup moins sanguinolent.

Après cinq jours d'antisepsie vaginale, on fit la dilatation de l'utérus par la méthode d'Hégar, son curettage et la cautérisation à l'acide chromique au tiers. Par dessus, pansement à la gaze iodoformée.

Guérison rapide ; se maintient depuis deux ans. L'état général est redevenu bon.

Observation XII

Levrat, Prov. Médic., 1891

Femme de 65 ans.

Hémorragies utérines alternant avec un suintement purulent d'odeur infecte. Les matières purulentes s'écoulent avec autant d'abondance que dans un vieil épithélioma ulcéré.

La malade dépérissait rapidement.

Col sain, utérus petit et mobile.

La malade présentait des intermittences cardiaques, de l'albuminurie légère et un peu d'œdème des malléoles.

Le vagin était rempli de brides molles, laissant difficilement passer le doigt ; il fallut les déchirer à plusieurs reprises avant d'arriver à atteindre facilement le col. Même traitement et même résultat que dans le cas précédent.

Observation XIII

Levrat, Prov. Médic., 1891

Malade de 57 ans.

Insuffisance mitrale très nette. Vagin cloisonné, écoulement fétide teinté de sang.

Curettage il y a cinq mois. Succès complet.

Enfin, parmi ces causes prédisposantes pathologiques, nous devons citer encore les polypes utérins, et certaines diathèses, particulièrement l'arthritisme.

Et à ce propos, nous rappellerons que pour Richelot, à côté de la congestion utérine due à une infection, existe une congestion qu'il appelle primitive et différente de la congestion qui suit les invasions microbiennes.

Cette congestion utérine primitive peut amener des névralgies, une leucorrhée abondante, des métrorrhagies. Elle se rencontrerait chez la vierge, comme chez la femme réglée et chez la femme âgée. Ces troubles seraient dus au neuro-arthritisme. Richelot signale en effet la coexistence fréquente de ces troubles utérins avec la dyspepsie, les névralgies diverses, la migraine, l'eczéma, la rétrodéviation et le prolapsus utérin, états morbides qui appartiennent en propre à l'arthritisme.

Ce qui revient à dire qu'il en est chez la femme âgée comme chez la femme réglée et qu'à côté des métrites séniles proprement dites infectieuses, il est des pseudo-métrites séniles.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous avons vu, par l'étude clinique de la métrite sénile, que les symptômes tant locaux que généraux sont loin d'être pathognomoniques de cette affection. On les rencontre, en effet, dans la plupart des affections de l'utérus ou de ses annexes et particulièrement dans le cancer utérin dont l'histoire, l'évolution de la maladie dans les débuts et l'aspect clinique sont à peu près semblables.

La métrite sénile, surtout à forme hémorragique, peut donner lieu à un diagnostic différentiel très délicat. Le médecin devra s'assurer que les hémorragies ne sont pas dues à de petites végétations polypoïdes de l'urèthre, à des hémorroïdes ; cela peut paraître exagéré et cependant Dalché a vu une dame confondre une poussée hémorroïdaire qu'elle ne soupçonnait pas avec une perte utérine.

On éliminera facilement par l'examen les tumeurs de la vulve et du vagin.

Lorsque l'on est certain que le sang vient de l'utérus, il reste à chercher la cause de l'hémorragie. La perte sanguine peut être due : 1° à des polypes muqueux fréquents à cet âge et d'ailleurs souvent concomitants avec la métrite sénile ;

2° à de la sclérose utérine, c'est la pseudo métrite de Richelot, Hepp, etc., qui ne peut guère être différenciée que par l'anatomie pathologique ; 3° à une affection des annexes, mais Dunning a trouvé les deux maladies associées ; 4° à une hépatite ; 5° à un simple retour des règles dû à la maturation et à la déhiscence de nouveaux ovules développés dans l'ovaire resté quelque temps silencieux. Or, la périodicité des pertes, l'analogie de leurs caractères avec ceux des menstrues feront faire le diagnostic.

Mais l'affection qui mérite d'attirer particulièrement l'attention, est le cancer de l'utérus qui peut, lui aussi, revêtir la forme hémorragique ou la forme purulente.

En présence de pertes hémorragiques ou purulentes, d'odeur plus ou moins fétide, s'accompagnant d'émaciation générale, avons-nous affaire à une métrite sénile ou à une maladie maligne? Le diagnostic doit être précis, car de la conclusion résulte un pronostic et un traitement différents.

On n'aura pas à hésiter beaucoup dans le diagnostic différentiel entre la métrite sénile et le cancer du col ; car lorsque la patiente atteinte de cette dernière maladie va trouver le médecin, c'est que les pertes sont fréquentes et abondantes ; et que la néoplasie revête la forme ulcéreuse ou végétante, le toucher et l'inspection au spéculum nous auront à ce moment vite renseignés sur la nature des lésions, car le mal est déjà avancé.

Mais le diagnostic est autrement difficile lorsqu'il faut se décider entre une métrite et un cancer du corps.

Nous ne pouvons nous baser ni sur l'âge qui est le même dans les deux affections, ni sur le teint des malades. L'état cachectique, lui-même, peut se trouver aussi bien dans la métrite des femmes âgées que dans le cancer utérin.

Quant aux caractères de l'écoulement, ils ne sont pas d'un grand secours pour poser le diagnostic. Si les pertes du can-

cer sont généralement roussâtres, sanieuses, il n'est pas rare de les trouver constituées par du sang pur. De même les femmes atteintes de métrite sénile peuvent présenter des pertes jaunâtres ou sanguino-purulentes. L'abondance de ces pertes est très variable et ne peut avoir une grande importance. Néanmoins, Croom pense que les écoulements très forts sont plus fréquents dans le cancer que dans le catarrhe utérin sénile.

La fétidité de l'écoulement existe dans les deux maladies; toutefois, d'après Croom, dans le cancer l'écoulement fétide n'est pas habituel dans les premiers stades de la maladie, parce que la surface du cancer est protégée contre les influences extérieures, tandis que dans le catarrhe l'écoulement fétide est proéminent et précoce.

Quelques auteurs ont attaché une importance trop considérable à la douleur. On a dit que, dans la plupart des cas de cancer primitif du corps de l'utérus, les souffrances périodiques et vives seraient un symptôme de la première heure et très caractéristique ; tandis que dans le catarrhe utérin la douleur est irrégulière et à forme de coliques sinon constantes mais légères. Mais il n'est pas rare de voir la douleur faire complètement défaut d'un bout à l'autre de l'évolution de ces deux affections.

Les signes physiques ont, il est vrai, dans quelques rares cas, plus de valeur. Le toucher, dans le cas de cancer du corps, trouve l'utérus généralement *augmenté*, sensible, *ramolli* (Demons) ; cet utérus paraît lourd et *fixé*. Dans la métrite sénile l'utérus est à son tour augmenté de volume, mais il reste librement mobile. Enfin la dilatation du col et l'exploration digitale révèle la présence d'un néoplasme dans un cas et l'absence d'irrégularités dans l'autre.

Les anatomo-pathologistes avaient, un moment, pensé pouvoir, à coup sûr, venir en aide aux chirurgiens et les

éclairer dans les cas difficiles. Mais la biopsie, qui consiste à prélever un fragment de muqueuse utérine (dans les cas qui nous occupent) et à le soumettre à l'examen microscopique, paraît être de plus en plus en défaveur auprès des cliniciens. Et à ce propos nous reproduirons quelques lignes de la thèse de Dupuy :

« Solowig, dit cet auteur, a publié en septembre 1891, » dans *Centralblatt für gynakologie,* une observation où la » clinique permettait le diagnostic de cancer, mais où le » microscope, à deux reprises différentes, engagea les » professeurs Paltauf et Weichselbaum à proclamer la » bénignité de la tumeur, alors que le troisième examen en » démontra, au contraire, le caractère malin (Bisch).

» Cornil, Abel, Landau, Routier (Congr. chir. in. *Gaz.* » *hebd.*, mars 1888), Cushing reconnaissent que toujours » le microscope se perd au milieu de ces productions de » raclage et les attribue presque toujours à une endométrite » chronique.

» Lawson Tait, Cornil n'ajoutent aussi que peu de confiance » dans l'étude microscopique pour le diagnostic de ces » affections. Le résultat n'est satisfaisant que lorsque la » lésion est reconnue nettement maligne ; dans tous les » autres cas, le doute doit persister. »

Plus récemment, à propos de la communication à la Société Obst. gyn. et ped. (11 mai 1908) d'une observation d'Hartmann et Lecène, présentant des ressemblances avec les observations inédites que nous allons citer tout à l'heure, Delbet, Segond, Faure ont reconnu l'extrême difficulté du diagnostic histologique dans certains cas.

D'après ce qui précède il semble ressortir que le diagnostic différentiel entre le cancer du corps et la métrite sénile est à peu près impossible, s'il n'est appuyé que sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique.

Or nous avons un excellent moyen de différencier les deux affections, d'éviter l'hystérectomie chez les femmes qui guériront avec un curettage et quelques pansements utérins, d'éviter surtout qu'une maladie méconnue (qui traitée au début aurait pu être curable) amène la mort de la patiente. Ce moyen de diagnostic si précieux, c'est le curettage que nous appliquerons chez toutes les femmes qui, après la ménopause, présenteront des hémorragies utérines de cause suspectes.

Si, après le curettage, l'hémorragie cesse, nous sommes en présence d'une métrite sénile. Cette affection ne paraît pas, en effet, résister à un curettage bien fait et à quelques cautérisations. Si malgré le curettage l'hémorragie persiste, pratiquons sans hésiter l'hystérectomie ; ces pertes sont dues à un cancer du corps.

C'est ce que viennent attester les deux observations inédites suivantes, prises dans le service de M. de Rouville et dues à l'obligeance du docteur Martin. Dans les deux cas, il s'agissait de femmes (dont l'une vierge) qui après leur ménopause avaient vu reparaître de fortes pertes sanguines utérines. Rien ne permettait de se prononcer nettement en faveur d'un diagnostic de cancer du corps ou de métrite sénile. On fit un curettage dans les deux cas. Dans l'un, même, le produit du raclage ayant été examiné par M. le professeur Bosc ne montra que des lésions d'inflammation banale (Obs. XVI.)

Les hémorragies ayant persisté, on fit dans la suite, à ces malades, l'hystérectomie vaginale. L'examen microscopique des utérus enlevés montra dans l'un des lésions incontestables d'épithélioma (Obs. XIV), dans l'autre des lésions de métrite glandulaire ou d'adénome (?) (Obs. XV).

Voici d'ailleurs ces deux observations.

Observation XIV

(inédite)

Due à l'obligeance du Dr Jean Martin, assistant de M. le profes. de Rouville

Mademoiselle R. , âgée de 50 ans, entre à l'hôpital le 17 juin 1906 pour métrorragies et douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 70 ans d'un cancer de l'estomac.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans, régulièrement tous les 25 jours pendant 3 ou 4 jours, sans caillots, ni douleurs ; a toujours présenté une légère leucorrhée depuis le moment où elle a été réglée. Ménopause il y a 2 ans et demi.

La malade est vierge.

Maladie actuelle. — Tout de suite après la ménopause et pendant 7 mois consécutifs, elle a présenté des pertes glaireuses, blanchâtres, assez abondantes ; au bout de ces 7 mois, elle a eu une perte sanguine peu importante qui a duré 3 ou 4 jours. En octobre, novembre et décembre 1905, elle a eu de nouvelles métrorragies pas très abondantes et de longue durée.

A ce moment-là, on fait appeler M. de Rouville qui, ne trouvant pas d'autres lésions qu'un utérus gros, pense qu'il s'agit soit d'un cancer du corps, soit d'une métrite sénile. Mais comme la malade refuse de se faire soigner à Montpellier, il se contente de prescrire des injections chaudes et un régime décongestionnant qui eurent pour effet la cessation de ces hémorragies.

Deux ou trois mois avant son entrée à l'hôpital, la leucorrhée est devenue fétide et les métrorragies ont recommencé. Ce sont les raisons pour lesquelles elle vient demander les secours de la chirurgie.

Examen à l'entrée à l'hôpital. — C'est une femme scléreuse, d'aspect sénile, migraineuse, ayant toujours les pieds froids, présentant une ptose abdominale très nette, et dont le rein droit se promène dans la fosse iliaque lorsqu'elle est debout. Elle a mauvais appétit,

digestions lentes, constipation habituelle ; elle ne tousse pas. Rien de particulier au poumon et au cœur.

La malade a des pertes roussâtres extrêmement fétides, mais qui cependant ne présentent pas la fétidité spéciale au cancer.

A l'examen local, la vulve est normale et l'hymen est absolument intact, le vagin ne présente rien de particulier ; le col de l'utérus pas très gros, largement ouvert par une fente transversale, regarde dans l'axe du vagin un peu en arrière. On sent le fond de l'utérus juste au-dessus de la symphyse. Le col forme avec le corps une antéflexion irréductible très nette. L'utérus est très mobile, gros et dur, pour celui d'une femme ménopausée. Rien du côté des annexes, que l'on ne peut sentir bien que la paroi abdominale soit très flasque. L'hystérométrie accuse sept centimètres et demi.

Du 13 au 22 juin, on fait six pansements intra-utérins (lavages intra-utérins au lysol, cautérisation à la teinture d'iode, tampons d'ichtyol dans le vagin).

Le 25 juin, on fait un curettage dont le produit, examiné par M. le professeur Bosc, ne montre que des lésions d'inflammation banale.

Malgré le curettage, la malade continue à avoir des hémorragies, peu abondantes, il est vrai, et le 25 juillet M. de Rouville pratique l'hystérectomie vaginale.

Suites opératoires normales, la malade s'est levée au vingtième jour avec un dôme vaginal complètement cicatrisé.

Examen de la pièce. — *a*) Examen macroscopique : Utérus gros dont la cavité ne présente rien de particulier.

b) Examen microscopique : Au voisinage de la muqueuse, le tissu utérin est infiltré de cellules embryonnaires qui forment un manchon périvasculaire parfois très accentué. Cette infiltration est d'ailleurs diffuse et surtout plus marquée au voisinage des vaisseaux. Elle aboutit à une sclérose d'abord du type jeune, puis aboutissant à un tissu conjonctif adulte qui dissocie les travées de fibres lisses, les réduit en épaisseur, et constitue ainsi une sclérose diffuse. Cette sclérose, par endroits, forme de larges placards dans lesquels on constate quelques restes de fibres musculaires.

Les gros vaisseaux présentent un processus d'endopéri-vascularite et c'est autour d'eux que les zones de sclérose adulte sont

le plus prononcées. La sclérose est généralisée à tout l'organe, mais elle est plus avancée au niveau du col. Il existe donc une *sclérose diffuse progressive de l'utérus.* — En un point de la cavité utérine on trouve des lésions nettes d'épithélioma cylindrique au début.

Observation XV

(Inédite)

Due à l'obligeance du docteur J. Martin, assistant de M. le professeur de Rouville.

N. L..., 48 ans, domiciliée à Cette.

Entrée à l'hôpital le 14 août 1907, salle Ambroise Paré, n° 4, dans le service de M. le professeur de Rouville, suppléé par le docteur Martin.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, typhoïde à 5 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement tous les 28 jours, durée 5 jours, sans caillots ni douleurs. 4 enfants, le premier il y a 25 ans, le quatrième 13 ans. Rien à signaler dans les grossesses ni les suites de couche.

Maladie actuelle. — Métrorragie abondante il y a 14 mois, la malade a saigné pendant un mois et demi, puis tout écoulement a cessé, même les règles, pendant 3 mois (ménopause probable). Au bout de ce temps, les règles reviennent irrégulièrement. Il y a 5 semaines, nouvelle hémorragie assez abondante. Le médecin traitant l'envoie à l'hôpital. La malade n'a jamais souffert du ventre. Rien du côté des autres appareils.

Examen. — Vulve et vagin normaux. Le col regarde dans l'axe du vagin, lèvre antérieure grosse, grenue, mais non indurée; lèvre postérieure mince et constituée par une bride cicatricielle en croissant qui fait saillie dans l'orifice assez largement ouvert. On sent sur la partie antérieure du canal cervical 3 ou 4 noyaux de la grosseur d'une lentille, très durs, mais n'ayant pas la friabilité du cancer.

L'utérus est gros, on sent le fond à droite, à 4 travers de doigt

environ au-dessus du pubis. Rien du côté des annexes. La cavité utérine mesure 7 centimètres 5 à l'hystéromètre.

Le 19 août, après dilatation aux bougies d'Hégar, on introduit le doigt jusqu'à l'isthme et on sent au niveau de la partie antérieure du canal cervical et à gauche une surface grenue, dure, sur laquelle font saillie les 4 ou 5 noyaux très durs mais non friables que l'on avait sentis avant la dilatation. La cavité utérine explorée instrumentalement ne présente rien d'anormal. Curettage de toute la cavité utérine (corps et canal cervical).

Malgré cette intervention, la malade continue à saigner abondamment ; on sent toujours les noyaux d'induration dans le canal cervical.

Il est très difficile de faire un diagnostic exact en présence de ces lésions qui ne correspondent à aucune entité clinique déterminée, et à cause de l'absence d'examen histologique qui n'a pu être pratiqué ; mais la persistance des hémorragies et la dureté des noyaux intra-cervicaux amènent le docteur Martin à penser qu'il s'agit d'une affection maligne et à proposer l'hystérectomie vaginale qui est acceptée par la malade.

Le 30 août hystérectomie vaginale.

Les suites opératoires ont été normales, la malade s'est à peine aperçue de l'opération qu'elle avait subie et s'est levée au 20e jour.

Examen de l'utérus enlevé. — La cavité utérine ne présente rien d'anormal. Les seules lésions existantes sont ces noyaux de consistance cartilagineuse, ayant la forme de papilles linguales hypertrophiées, mais de volume assez inégal (à côté des noyaux perçus à l'examen clinique existent, en effet, de petites végétations que le doigt ne sentait point) que nous avons décrit.

L'examen histologique a démontré que ces noyaux étaient constitués par une énorme prolifération glandulaire dont aucun point ne présentait de caractère histologique de malignité.

Il s'agit, en somme, d'un cas de métrite glandulaire ou d'adénome (?), absolument analogue au cas de Lecène dont nous avons parlé plus haut.

Nous sommes peu fixés à l'heure actuelle sur les caractères qui permettent le diagnostic exact de ces formes et leur

différenciation d'avec le cancer. Somme toute, il paraît logique d'avoir enlevé un organe suspect au moyen d'une opération généralement très bénigne, surtout lorsqu'elle est simple comme chez cette malade et que l'on se rappelle les conclusions de la thèse de Ludewig.

Cet auteur, comme nous l'avons dit précédemment, ayant passé en revue 4.400 observations de la Clinique gynécologique du professeur Güsserow, constata qu'elles contenaient 277 cas d'hémorragies utérines apparaissant chez des femmes ayant dépassé la ménopause. Mais ayant comparé les différentes causes de ces hémorragies, il constata que 225 étaient dues au carcinome 26 à des myomes et 3 à des polypes. Il ne trouva que 22 cas d'endométrite dont 11 existaient avant la ménopause.

« On voit ainsi, dit en terminant Ludewig, que le carci-
» nome est 10 fois plus fréquent et que le myome, lui-même,
» se rencontre plus souvent que l'endométrite sénile. Aussi
» la vieille thèse qui rapporte les hémorragies post-méno-
» pausiques surtout au carcinome n'est pas encore ébranlée ».

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

D'après l'étude que nous en avons faite et les observations que nous possédons, on voit que la métrite sénile est une maladie dont le pronostic est généralement peu grave. Néanmoins, il ne faut pas oublier que les cas les plus bénins, sans traitement rationnel, n'auraient aucune tendance à la guérison et deviendraient même funestes par suite de l'état général qui ne tarderait pas à devenir mauvais. Patru s'est donc trompé en disant que « plus la malade avance en âge et plus » la maladie tend d'elle-même vers la guérison ».

Un traitement bien conduit ne tarde pas à avoir raison de cette affection, ainsi que le confirment la plupart de nos observations, dont les 3 suivantes empruntées à Ludewig :

Observation XVI

Ludewig, Th. Berlin, 1897. Obs. II.

Femme de potier, 56 ans. Entrée le 12 mars 1890.

Quatre enfants, pas d'avortement.

Réglée régulièrement jusqu'en 1884. Depuis le mois de janvier 1890, hémorragies persistantes et écoulement jaune verdâtre, fétide.

Règles surtout abondantes après fatigue. Souvent elle a de la fièvre et tendance à suer. La patiente est une personne de taille moyenne, décrépie. Au sommet du poumon droit obscurité respiratoire et râles. A gauche, signes de caverne.

Col petit avec légères érosions.

Utérus du volume d'une poire, antéfléchi. Faibles adhérences dans le Douglas.

Sort guérie le 26 mars (après curettage et cautérisation de teinture d'iode).

Observation XVII

Ludewig, Th. Berlin, 1897. Obs. VI.

Femme d'ouvrier, 51 ans. Entrée le 5 septembre 1892.

Huit enfants, pas d'avortement.

Réglée régulièrement jusqu'en 1891. Puis, pertes de sang plus fortes.

La patiente fut curettée pour cela. Les hémorragies cessent alors pendant un an. Depuis août 1892 réapparaissent de fortes hémorragies.

État. — La patiente, une grosse femme, vigoureuse, est atteinte de démence paralytique. (Pat, eine grosse kräftige Frau leidet an Dementia paralytica). Légère hémorragie. Le col, tourné en arrière, ne montre rien d'anormal. Corps antéfléchi, légèrement augmenté, correspondant au deuxième mois de la grossesse, d'assez ferme consistance.

Culs-de-sac libres.

L'examen microscopique des parties enlevées à la curette montre de l'hyperplasie interstitielle, pas d'hypertrophie glandulaire. Rien qui puisse faire penser à un carcinome.

Après curettage et cautérisation avec teinture d'iode, la malade sort le 22 septembre, guérie.

Observation XVIII

Ludewig, Th. Berlin, 1897. Obs. IX.

Domestique, 50 ans. Entrée le 4 septembre 1890.

Sept accouchements (le dernier il y a sept ans). Sept avortements.

Règles régulières, fortes, durant quatre à cinq jours. Ménopause depuis sept ans.

Huit semaines avant son entrée, la patiente était bien portante. Depuis, violentes hémorragies ne cessant que quelques jours et augmentant après des fatigues.

Etat. — La malade est de forte corpulence, mais un peu cachectique.

Abdomen plat, souple, non douloureux à la pression.

Pertes de sang hors du vagin. Col légèrement épais, en massue.

Lèvre antérieure aplatie, la postérieure est petite, mince.

Le corps utérin antéfléchi, légèrement gros. Les culs-de-sac sont libres.

L'écoulement sanguin n'est pas fétide.

Au spéculum : muqueuse vaginale pâle, sur le col à la lèvre antérieure érosions superficielles. La cavité utérine a 10,5 cm. de long, et laisse échapper du sang. Tamponnement.

Le 5 septembre curettage. On enlève une quantité de lambeaux de muqueuse.

A l'examen microscopique, prolifération et dilatation glandulaire. Le 22 septembre sort guérie.

Nous voyons par ces observations qu'à la suite d'un curettage et de quelques cautérisations de teinture d'iode, les malades ne restèrent que 14 à 18 jours à l'hôpital et sortirent guéries.

Mais dans quelques cas, le plus souvent faute de soins, la maladie s'aggrave, la malade devient cachectique, comme nous l'avons montré dans la symptomatologie. Dans d'autres cas, l'état général serait moins atteint, mais l'infection d'abord localisée à l'utérus pourrait s'étendre, comme le voudrait Dunning, atteindre les annexes et même le péritoine. Dunning verrait là une explication de l'étiologie de beaucoup de cas d'abcès pelviens apparaissant chez de vielles femmes, « abcès dont les causes nous avaient semblé jusque là inexplicables » (Dunning).

Enfin, exceptionnellement, la maladie pourrait avoir une issue funeste, comme cela arriva chez une femme, dont l'observation est rapportée par Horrocks et que nous jugeons utile de reproduire :

Observation XIX

Horrocks, Trans. of Obs. Soc. London, 1887, p. 278.

Malade âgée de 53 ans, présentant, depuis la ménopause, des hémorragies irrégulières et un écoulement infect par l'utérus. Elle mourut avec des symptômes de septicémie après l'exploration de la cavité utérine.

Macroscopiquement, la totalité de la muqueuse semblait uniformément injectée et granuleuse, la paroi musculaire paraissait partout intacte.

Au microscope, on découvrait une prolifération glandulaire, les espaces interglandulaires étaient remplis d'une quantité considérable de petites cellules, comme on en rencontre dans les inflammations chroniques.

Avant de terminer ce chapitre, nous ajouterons que M. le professeur de Rouville s'étant, à propos de l'observation XIV,

demandé quels rapports il pouvait y avoir entre ce qu'on est convenu d'appeler métrite sénile et l'épithélioma, arriva aux conclusions suivantes :

« *a*) A côté des métrites séniles vraies infectieuses, on doit » admettre des pseudométrites survenant après la méno- » pause et qui apparaissent chez des femmes arthritiques » nerveuses en dehors de toute infection, relèvent de trou- » bles trophiques, de troubles de nutrition, relevant eux- » mêmes de l'état nerveux et de l'arthritisme ».

« *b*) Dans le cas de métrite sénile vraie, si souvent diag- » nostiquée épithélioma du corps, peut-être faut-il admettre » avec Emmet et Breisky le rôle de l'inflammation comme » facteur pathogénique de l'épithélioma, ou se demander » avec Barnes, Herrmann, Duncan, Segond, si le cancer » utérin, rare d'ailleurs chez les femmes âgées, n'est pas » souvent fonction d'une métrite de l'époque atrophique.

» Dans les cas de pseudo-métrites force est de se contenter » jusqu'à plus ample informé de l'interprétation pathogé- » nique mise en avant par plusieurs auteurs, et en parti- » culier par Richelot, à savoir que la sclérose utérine cons- » titue un terrain éminemment favorable au développement » du cancer. » (V. obs. suivante).

» Enfin, il faut se souvenir que tout utérus qui saigne » peu ou prou après la ménopause est dans l'immense » majorité des cas un utérus cancéreux ; qu'il ne faut pas » prolonger les petits moyens : dilatation, injections, caté- » risations, curettage, et que l'on doit se décider rapidement, » après l'échec de cette thérapeutique, pour l'intervention » radicale, pour l'hystérectomie. » (De Rouville, Soc. des Sc. méd. de Montpellier, *Courrier médical*, 27 janvier 1907).

L'observation suivante semblerait bien montrer les rapports de ces pseudo-métrites avec l'épithélioma, et venir à l'appui de la thèse du professeur de Rouville.

Observation XX

Tédenat, *Montpellier-médical*, 7 décembre 1906

Mme X..., 61 ans, de santé générale bonne, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires. Réglée tard jusqu'à 54 ans, assez abondamment ; a eu trois accouchements normaux et à terme.

Il y a 16 à 18 mois éprouve quelques vagues douleurs dans le bas-ventre et en même temps elle observe un écoulement séro-sanguinolent par le vagin.

Il y a trois mois, forte hémorragie pour laquelle on appelle M. le professeur Vallois. Un traitement de circonstance est institué et 8 jours plus tard on pratique un examen au spéculum. On trouve alors que l'utérus est gros, avec une cavité augmentée de volume.

M. le professeur Vallois pense à un utérus fibromateux, avec endométrite.

Un curettage pratiqué quelque temps après permet de faire un examen microscopique qui établit qu'il s'agit bien d'un épithéliome du fond de l'utérus.

M. le professeur Tédenat, appelé, examine et constate que l'utérus est gros mais mobile, assez facilement abaissable. La malade entre à l'hôpital et est opérée le 26 novembre 1906. L'hystérectomie est un peu pénible parce que les pinces de Museux dérapent, l'utérus étant très friable.

Pièce. — Utérus farci de fibromes de volumes divers. Il y a même de menus kystes et au fond large ulcération qui est du cancer. Le néoplasme n'a pas traversé l'utérus et, vu la mobilité de l'organe, on peut croire qu'il n'y avait pas encore d'infiltration des ligaments larges.

Il s'agit d'un utérus *dystrophique* ayant évolué vers le fibrome et plus tard vers l'épithélioma.

La malade présentait de l'obésité, météorisme, bronchite chronique, etc. (arthritisme) ce qui fit préférer la voie vaginale.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement sera général et local.

Le traitement général s'adressera aux symptômes divers associés à la métrite. On combattra l'anorexie, la constipation, par une médication appropriée : amers, laxatifs, etc.; la cachexie, par une médication reconstituante : arsenic, etc.

Mais le traitement local sera de beaucoup le plus important, car il ne tardera pas à amener l'amélioration de l'état général.

Dans les cas légers, le traitement local peut se composer simplement d'injections vaginales chaudes.

Le plus souvent, il sera nécessaire de modifier la muqueuse utérine. Après dilatation du canal cervical avec la laminaire et les bougies d'Hégar, on pratiquera des lavages de la cavité utérine avec des solutions antiseptiques (solution de permanganate de potasse à 1 p. 2.000, ou de lysol à 5 p. 1.000). Si ce traitement n'amène pas une rapide amélioration, ou si la métrite paraît sérieuse, il vaudra mieux faire, directement après la dilatation du col, un curettage de toute la muqueuse utérine. Cette opération sera spécialement indiquée dans la forme hémorragique. A la suite du curettage, on cautérisera avec des agents divers : teinture d'iode,

liqueur de Battey, solution de nitrate d'argent au 1/30, formol en solution dans alcool à 20 %.

S'il y a rétroversion, ce déplacement sera corrigé par les moyens usuels ; s'il y a un polype, on l'enlèvera.

Si les annexes étaient malades, il faudrait les enlever, ainsi que l'utérus, par la voie vaginale.

Enfin, si malgré la dilatation, le curettage et les cautérisations, les hémorragies persistent, on se rappellera les deux observations du docteur Martin et l'on pratiquera l'hystérectomie. On choisira la voie vaginale parce qu'elle est plus facile, plus rapide, et que, par cette voie, la mortalité est presque nulle.

CONCLUSIONS

I. Les femmes qui ont passé l'âge de la ménopause peuvent présenter des troubles du côté de l'utérus de nature probablement infectieuse ; ce qui revient à dire qu'elles sont sujettes à des métrites, tout comme la femme réglée. Les métrites séniles sont rares.

II. Ces métrites, un peu spéciales. peuvent revêtir trois formes :

1° la forme hémorragique ;

2° la forme purulente ;

3° la forme sanguino-purulente (forme mixte).

Elles sont le plus souvent fétides.

III. Au point de vue anatomo-pathologique :

L'utérus est généralement augmenté de volume, mobile. Le microscope révèle souvent des lésions inflammatoires (vascularisation augmentée, infiltration de leucocytes) et des lésions de sclérose.

IV. Le diagnostic avec le cancer du corps est très difficile. Et cependant il offre un intérêt capital, le pronostic et le traitement variant suivant les deux affections.

Pour le poser avec certitude, nous ne pouvons nous appuyer ni sur la symptomatologie (à peu près semblable dans le

cancer du corps et dans la métrite sénile), ni sur l'anatomie pathologique, dans ces cas trop sujette à l'erreur.

Le curettage, dans les cas douteux, est le meilleur moyen d'arriver à un diagnostic.

V. La métrite sénile guérit rapidement lorsqu'elle est convenablement traitée (dilatation, curettage, cautérisation).

Tout utérus postménopausique qui, malgré un curettage soigneux, continuera de saigner, sera enlevé sans retard car il est presque certain que c'est un utérus cancéreux.

L'hystérectomie sera pratiquée, dans ce cas, par la voie vaginale.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 juin 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 juin 1908.
Le Recteur,
A. BENOIT.

BIBLIOGRAPHIE

Ashwell. — Case of purulent discharge the from linning membrane of uterus (Guy's Hosp. Rep., London 1837, p. 242).

Guyon. — Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité (Thèse Paris, 1858).

Becquerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1859, T. II, p. 94.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique, T. II, p. 849.

Matthews Duncan. — Trans. of obst. soc , London, T. XXI, p. 54, (1879).

Tolochinoff. — Accumulation de pus dans l'utérus (Vracheb Vedemosti, 1882).

Barnes. — A case of pyometra. Brit. Gyn. Lond., 1886.

Horrocks. — Specimen of chronic endometrites, with microscopical section. (Transl. obst. soc., Lond. 1887. T. XXIX, p. 298).

Hermann. — Specimen from a case of purulent senile endometrite (Ibid., 1891, p. 196).

Galabin. — Tow uteri removed bi vaginal extirpation (Ibid., p. 300).

Fritsch. — Handbuch Frauenkr. Braunschweig. Friedrich Wieden, 1900.

Patri. — Endométrite purulente sénile ou endométrite atrophiante (Revue méd. de la Suisse Romande, 20 mai 1893, p. 285).

Levrat. — (Prov. méd., 17 oct. 1891). Métrite putride cardio-sénile.

Maurange. — Presse médicale, 26 janvier 1895. — Gazette hebd., 21 sept. 1895.

Massé. — Congrès gynécolog. de Bordeaux (14 août 1895).

MAURANGE. — Endométrite sénile. (Archiv. de gynéc. et de tocol., 1896).

RICHARD. — Métrites séniles. (Th. Paris, 1896, n° 50.)

DUPUY. — La métrite hémorr. de la ménopause et de la veillesse (Th. Bordeaux, 1897).

LUDEWIG. — Ueber endometritis senilis. (Th. Berlin, 1897.)

MAXWELL. — Sénile irritable uterus. (Tr. Ann. Ass. obst. gyn., 1897, Philadelphia 1898, p. 358-361.)

LORAIN (H.). — Endométrite sénile et cancer de l'utérus. Diagnostic différentiel. (Actualité méd., Paris 1900, XII, 88-90.)

CROOM (J.-H.). — Senile uterine catarrh. (Edinb. M. J., 1898, p. 347-350.)

DUNNING. — Acute senile endometritis. (Annal. Gynœc. a Pœdiat, Boston, 1900, XIV) et (N.-York Lancet, 1900, p. 343-346).

— Acute senile endometritis. Cases and patholog. (J. Ann. M. Ass. Chicago, 1900, XXXV, 1127-1130, 5 fig.)

— Acute senile endometritis. (Ann. J. obst., N.-Y., 1900, XLII, 648.

DALCHÉ (P.). — Catarrhe utérin fétide chez une femme âgée. (Bull. gén. de Thérap, etc., Paris 1908, et Presse méd., 6 mars 1901.

LEGRAND. — Note sur un cas de métrite sénile traitée par les eaux de Briscous Biarritz. (Ann. d'hydrol., Paris 1902).

ARNAL (H.) — Contribution à l'étude de l'utérus sénile. (Th. Paris, 1905.

BRÖSE (P.). — Ueber endometritis atrophica purulente fœtida. (Ztschr. f. geburtsh u. gynäk., Stuttgard 1906, 88-97.)

DE ROUVILLE. — Sur un cas de métrite sénile compliquée d'épithélioma endocervical au début. (Montpellier Méd., 1906, p. 616-618.)

— Sur un cas de métrite sénile compliquée d'épithélioma endocervical au début. (Courrier Médical, 27 janvier 1907.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !